

Заявление на страховое покрытие по ведению беременности у подростков (для подростков до 19 лет)

Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

Имя	Инициал второго имени или отчества	Фамилия	
Адрес места жительства (При отсутствии постоянного места жительства укажите ниже почтовый адрес.)			
Улица и № дома	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес (Для пересылки всей почты уполномоченному представителю предоставьте следующую информацию.)			
Улица и № дома	Город	Штат	Почтовый индекс
Номера телефонов	Язык и обслуживание людей с ограниченными возможностями		
Предпочтительный номер телефона:	Есть ли у вас проблемы с речью, чтением или письмом по-английски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	Нужен ли вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
	Нужны ли вам переведенные документы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Основной номер голосовой почты:	Какой для вас язык предпочтителен для разговора? _____		
	Какой для вас язык предпочтителен для чтения? _____		
Вопросы (Ответы на эти вопросы не влияют на страховое покрытие.)			
Являетесь ли вы гражданином США или иммигрантом, находящимся на территории США легально? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Вы являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Информация о вашей беременности должна оставаться конфиденциальной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Есть ли у вас какие-либо неоплаченные расходы, которые возникли во время беременности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Дата завершения беременности (мм/дд/гггг) (Если неизвестна, укажите приблизительно.)	Номер социального обеспечения (При отсутствии оставьте пустым.)	
Дополнительный уполномоченный представитель (Уполномоченный представитель — это лицо, с которым по вашему разрешению ведут переговоры представители по медицинским вопросам в отношении страхового покрытия и/или получают почту по вопросу страхового покрытия по ведению беременности у подростков.) Чтобы указать данные об уполномоченном представителе, предоставьте следующую информацию.			
Ф.И.О. уполномоченного представителя	Название организации	Телефон	
Улица и № дома	Город	Штат	Почтовый индекс
<p>Отметьте один или оба варианта:</p> <input type="checkbox"/> Отправлять почту на мой почтовый адрес. <input type="checkbox"/> Отправлять почту на адрес моего уполномоченного представителя.			
Перед тем, как подписывать, внимательно прочтите			
Я понимаю, что:			
<ul style="list-style-type: none"> • Мой статус и обстоятельства подлежат проверке со стороны данного ведомства и других федеральных ведомств и ведомств штата. • В случае выбора соблюдения конфиденциальности в отношении беременности (см. выше), страховые счета не будут выставляться за услуги, оказываемые по данной программе. 			
Декларация и подпись			
Я прочитала и поняла информацию, изложенную в этом заявлении. Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, приведенные мной в данном заявлении, являются правдивыми, точными и полными.			
Подпись заявителя	Дата		